|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研修受講承認申請書  令和〇年〇月〇日  　愛知県知事　殿  決定番号　第〇―〇―〇号  住　　所  〇〇市△△町１－２－３    氏　　名　　愛知　太郎  　愛知県地域医療確保修学資金貸与条例（以下「条例」という。）第８条第２項第１号（条例第13条において準用する場合を含む。）の規定による承認を受けたいので、申請します。 | | |
| 条例第８条第２項第１号に規定する研修を受けようとする医療機関等の名称及び所在地 | 名　　　称 | 所　　在　　地 |
| 〇〇病院 | 〇〇市××町１－１ |
| 条例第８条第４項の適用の希望の有無（有の場合は、その診療科） | 条例第８条第４項の適用 | 診　　療　　科 |
| 有 | （例）内科 |
| 研修開始予定年月日 | 令和〇年〇月〇日 | |
| 研修修了予定年月日 | 令和△年△月△日 | |
| 研修を受けようとする理由 | （例）地域に赴任する際に、内科の専門的な知識・技術を習得していることで、より地域医療に貢献できるため、専門研修を受講したい。 | |